

I d.

generală. Deseori, însă, enționar mai sus. și proprietăți în procesul notiv, formula leucocitară ectios acut.

ar mai târziu, la sfârșitul antimicrobieni.

iate la mare distanță de măduvă osoasă. Și în cesului local, celule de nii limfatici și splina *germenilor patogeni în anele care participă la mplex, răspândit în tot*

ii de luptă împotriva cor, color, tumor, dolor, *de leucocite în sânge.* tru combaterea invaziei *nilor locali (adenopatie și a ficatului.* Trebuie ectios, oricât de localizat *eratură ridicată, frison, ire la mare distanță de literată.* Fenomenele se bi.

toxice, numite toxine arăsesc repede microbii mentele de apărare: și i de periculoase. Ele dau eritonite, al unei infecții nele au și o importantă *ând pielea, eventualitate* mai datorită proprietății *axinele microbiene - așa deză)* și sosesc la locul

enților (proteaza, lipaza) pă la apărarea împotriva

de apărare nu au reușit are apoi să fie absorbiți *ntră în acțiune țesutul e conjunctive (histiocite)* acum înainte, procesul *activă, care caută să* ce se numește *furuncul,* o face pentru a evita ca

procesul infecțios să se răspândească în tot corpul. Această cămașă izolatoare este bine constituită în furuncul și abces și mult mai puțin bine în flegmon, cu deosebire în flegmonul cu germeni anaerobi (flegmonul gazos), motiv pentru care infecțiile chirurgicale de tipul flegmon sunt extrem de grave datorită difuziunii și extinderii procesului inflamator.

Văzut în acest moment, procesul infecțios are deci două părți bine distincte: *cămașa izolatoare și conținutul.* Cămașa izolatoare este formată din țesut conjunctiv. Conținutul se numește puroi. El are, în general, un aspect cremos și, cel mai adesea, o culoare gălbuie, dar culoarea poate fi și galben-verzuie ori negricioasă, în funcție de germenii care au determinat infecția. Furunculul, abcesul și flegmonul impun o intervenție activă din partea chirurgului, care trebuie să ajute organismul prin incizie și evacuarea puroiului în afară. Dacă nu se procedează așa, procesul infecțios evoluează, fie perforând pielea pentru a se evacua singur, situație foarte rară, fie străbătând bariera conjunctivă și determinând o infecție generalizată.

#### 4.2.2. Stadiul de infecție generalizată

În momentul când bariera locală a fost depășită și microbii (sau toxinele lor) pătrund în sânge, apare *septicemia.* Aceasta poate să se datoreze fie virulenței germenilor, fie numărului lor mare. Adeseori se poate datora și unei slabe rezistențe a organismului. În sfârșit, ea poate fi favorizată și de condițiile de mediu (frig, umezeală etc.).

Un bolnav cu septicemie prezintă următoarele manifestări clinice importante: temperatură foarte ridicată (cu un caracter oscilant specific), stare generală alterată, puls rapid, deseori tensiune scăzută etc. În cazul că germenii patogeni se fixează în diferite organe: ficat, plămâni, splină, creier, apar și localizări în aceste țesuturi sub formă de abcese. Este bine să se știe că, în acest stadiu, organismul continuă să ducă o luptă și mai intensă de limitare, de izolare a infecției. Dovada este constituită de leucocitoză, care crește rapid la 10 000 - 20 000 globule albe/mm<sup>3</sup>. Splina și ficatul cresc în volum pentru că înmagazinează germenii infecțioși distruși. Faptul că organismul luptă activ este demonstrat și de temperatura ridicată, care reflectă starea de reactivitate a organismului. Fără îndoială că acum, mai mult decât în stadiul anterior, organismul are nevoie de intervenție chirurgicală - colecția purulentă trebuie evacuată, sistemul de apărare trebuie ajutat prin antibiotice și vitaminoterapie, ca și prin numeroase alte mijloace de susținere, altfel forțele de apărare se prăbușesc și urmează moartea.

#### 4.3. INFECȚII ACUTE CHIRURGICALE LOCALIZATE; FORME CLINICE

Infecțiile acute chirurgicale localizate cuprind: foliculita, furunculul, carbunculul (furunculul antracoid), hidrosadenita, abcesul cald, flegmonul, erizipelul și osteomieliita acută.

##### 4.3.1. Foliculita

Foliculita este o mică infecție superficială a pielii, în care e prinsă și o glandă sebacee. Ea nu are un miez (bourbillon), așa că, atunci când conținutul se elimină, se

evacuează o cantitate mică de puroi seros și nu puroi legat (miez). După eliminarea conținutului acestei infecții nu se vede în piele un crater.

Poate să se extindă, să cuprindă foliculii pilosebacei și să se transforme într-un furuncul.

Tratamentul constă în: igienă locală atentă, badijonare locală cu alcool 70° sau tinctură de iod, eventual aplicarea de unguente cu antibiotice (neomicină, bacitracină).

### 4.3.2. Furunculul

*Furunculul este o infecție a aparatului pilosebaceu, deci a foliculului firului de păr și a glandei aferente acestui fir de păr. Infecția se produce cu stafilococ (cel mai adesea cu stafilococ auriu). Este o afecțiune specifică acelor părți din piele care posedă păr.*

#### 4.3.2.1. Etiologie

Infecția apare, de obicei, la persoanele care lucrează mult în praf (țărani, mineri, constructori de drumuri, muncitori din industriile textilă și grea, șoferi, sportivi etc.), mai ales dacă acestea nu păstrează o bună igienă a pielii. Apare mai mult vara, când bolnavul transpiră și atmosfera (sau mediul înconjurător) este mai îmbibată de praf. Poate să apară la personalul sanitar, mai ales la cel din secțiile de chirurgie unde cantitatea de germeni, adeseori cu virulență crescută, este mare.

De pe piele, stafilococul pătrunde, prin *scărpinare sau datorită unei mici escoriații*, în teaca unui fir de păr și de aici în bulbul părului și în glanda sebacee aferentă, unde găsește condiții bune de dezvoltare (fig. 49).

**4.3.2.1.1. Cauzele favorizante ale apariției furunculului.** Dintre cauzele favorizante locale, în afara pielii murdare sau infectate, cităm iritațiile îndelungate care produc foarte mici răni ale unei regiuni din corp și care apar, în afară de scărpinat, prin frecarea pe care o produce îmbrăcămintea, fapt care favorizează pătrunderea germenilor în piele; furunculele care apar pe ceafă sunt urmarea frecării exercitate în acest loc de un guler murdar de manta sau cojoc. Furunculele ce iau naștere în regiunea perianală, în partea internă a coapselor și a gambelor, în pliurile fesiere sau în regiunea interfesieră se produc ca urmare a frecărilor locale în timpul unui drum lung făcut pe jos, călare sau cu vehicule pe două sau patru roți. Bolnavul însuși poate "transporta" prin scărpinat stafilococii dintr-un loc bolnav într-o zonă sănătoasă, unde aceștia produc un nou furuncul. Un bolnav poate avea în același moment, sau succesiv, 4-5 sau chiar mai multe furuncule. Această situație se numește *furunculoză*. Este foarte contagioasă, mai ales în interiorul aceleiași familii.

Există și cauze favorizante generale: surmenajul fizic și intelectual, intoxicațiile (alcoolismul), o boală gravă epuizantă (diabetul zaharat, febra tifoidă, gripa hipertoxică, bronhopneumonia, toxicoza la copii), transferul germenilor dintr-un loc în altul pe cale sanguină. Furunculoza gravă, neglijată, poate pricinui sau accelera, prin septicemie, moartea bolnavului.

### 4.3.2.

Pe pie

la început o t  
3-a - a 4-a  
mărimea unei  
umflare a re  
puternică sen:  
zilele următo:  
centrul întreg  
păr, în jurul  
cantitate mică

Furunc  
în suprafață  
evoluția furu  
furunculul s-a  
elimină și se

Tempe  
37,6° C.

Nu rar  
treenne limfatic  
limfatice către

### 4.3.2.3

Pentru  
cală. În acest  
și țesuturi necr  
unde s-a elim  
cicatrizează.

### 4.3.3.

#### 4.3.3.1

Ceea ce  
evoluție mai c  
cantități mari c  
prinși dintr-o d  
conglomerat de  
la culoarea viol  
o atenție deose  
foarte mare - 1

#### 4.3.2.2. Simptomatologia și evoluția

Pe piele, în locul unde se dezvoltă furunculul, se observă la început o ușoară înroșire (rubor), pielea este caldă (calor). A 3-a - a 4-a zi de la începutul infecției furunculul ajunge la mărimea unei alune și în locul respectiv se simte o indurație și umflarea regiunii (tumor). În același timp, bolnavul are o puternică senzație de mâncărime (prurit), care se transformă în zilele următoare într-o durere din ce în ce mai vie (dolor). În centrul întregului proces se observă unul sau mai multe fire de păr, în jurul cărora se poate forma o flictenă, care conține o cantitate mică de serozitate.

Furunculul evoluează încă 4-6 zile, timp în care crește în suprafață și adâncime. După circa 8-10 zile de la debut evoluția furunculului este terminată. Popular se spune că furunculul s-a copt. În acest stadiu, firul (firele) de păr se elimină și se vede clar o zonă alb-galbenă.

Temperatura generală a corpului se ridică ușor la 37,2 - 37,6° C.

Nu rareori se observă că de la furuncul pornesc câteva trenee limfatice (dăre roșietice) care merg de-a lungul vaselor limfatice către ganglioni. Aceștia se tumefiază și devin dureroși.

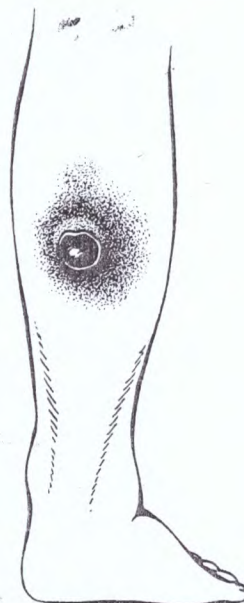


Fig. 49 - Furuncul pe fața posterioară a gambei.

#### 4.3.2.3. Tratament

Pentru o vindecare corectă, bună, trebuie făcută o mică intervenție chirurgicală. În acest stadiu se elimină o masă compactă, rotundă, gălbuie, formată din puroi și țesuturi necrozate, care se numește burbionul sau "miezul" furunculului. În locul de unde s-a eliminat acest "miez" rămâne un mic orificiu care în zilele următoare se cicatrizează.

### 4.3.3. Carbunculul (furunculul antracoid)

#### 4.3.3.1. Etiologie și simptomatologie

Ceea ce s-a descris mai sus este evoluția obișnuită. În unele cazuri, există o evoluție mai complicată datorită unei stări generale deficitare a organismului sau unei cantități mari de germeni virulenți care pătrund în organism. În asemenea cazuri sunt prinși dintr-o dată numeroși foliculi pilosebacei vecini. Aspectul local este acela al unui conglomerat de furuncule, care dau naștere furunculului antracoid (nume care vine de la culoarea violacee-negricioasă a pielii). Este o formă clinică de furuncul care necesită o atenție deosebită. Suprafața pe care se dezvoltă furunculul antracoid este, de obicei, foarte mare - 1-3 cm diametru - iar boala are repercusiuni asupra întregului organism,

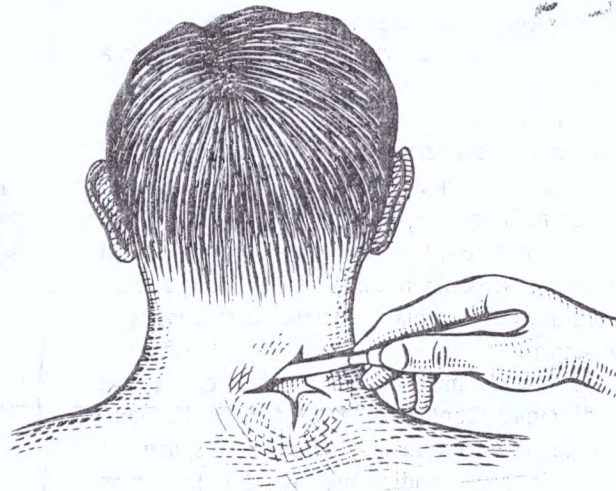


Fig. 50 - Incizia în cruce a unui furuncul antracoid al cefei.  
În unele cazuri recomandăm și incizia circulară cu excizia țesuturilor devitalizate.

putându-se manifesta ca o intoxicație gravă cu temperatură ridicată ( $39^{\circ}\text{C}$ ), o adevărată stare septicemică care, netratată corect, poate duce la moarte.

#### 4.3.3.2. Evoluție și complicații

Infecția se poate propaga la țesutul celular subcutanat și poate declanșa apariția unui flegmon. O formă gravă de furuncul este furunculul buzei superioare și, în general, orice furuncul care apare pe față de la acest nivel în sus. Gravitatea constă în faptul că furunculul poate să dreneze către vena oftalmică și sinusul cavernos și să se complice cu o tromboză a acestora, complicație care, de cele mai multe ori, este urmată de stări septicemice și moarte.

Complicațiile la distanță ale furunculului sunt: fixarea stafilococilor dintr-un furuncul - pe cale hematogenă - în pleură (pleurezie purulentă), în oase (osteomielită), în articulații (artrită), în plămâni (abces pulmonar), în spațiul perineal (furuncule și flegmoane perinefretice) etc., complicații deosebit de grave și nu foarte rare.

În opoziție cu cele descrise mai sus, există și forme fruste de furunculi care evoluează favorabil, de obicei atunci când s-a aplicat tratamentul corect chiar din primele momente ale manifestării clinice. În aceste cazuri, după câteva zile de evoluție, toate fenomenele dispar, secreția purulentă se resoarbe, fără să se elimine printr-o deschidere la exterior. Vindecarea se face fără nici o urmă.

#### 4.3.3.3. Tratamentul

Tratamentul este, de obicei, simplu. În anumite cazuri, pe care le-am prezentat mai sus, el este dificil, încât grija (preventivă) de a nu face un furuncul este foarte importantă.

Tratame  
locale care ar p  
o spălare bună  
tendința de form

Dacă ev  
poate opri evolu  
spre colectare,  
nevoie, sub ane  
o foarfecă ascu  
țesuturile necro

Nu este  
pentru a elimini  
și să însămânță  
(în vena oftalm

Cu exce  
în apă oxigena  
difuzarea (răspi

Tratame  
persoanele debil  
utile vaccinări cu  
zilnic câte o ze

Se pot l  
după 2 zile se l  
zile, câte 1-2 fi  
mici cuburi pe

Poate fi  
în care nu era v

Dacă ap  
sunt Penicilina  
antibioticul ind

Metoda  
profilaxia. De  
curățenie a cor  
infecției chirurgi

Efectuar  
măsură pentru  
trebuie să facă  
spele cât mai d

#### 4.3.4.

Hidrosa  
foarte apropiat  
inflamatoare și

Tratamentul local constă în protejarea cu un pansament steril a oricărei infecții locale care ar putea determina un furuncul. Pansamentul se aplică după ce s-au făcut o spălare bună a regiunii și un badijonaj cu alcool sau tinctură de iod. Dacă există tendința de formare a furunculelor, se poate grăbi evoluția și prin aplicare de căldură, local.

Dacă evoluția este incertă, se poate face radioterapie care, în fază incipientă, poate opri evoluția și poate steriliza focarul infecțios. Dacă procesul infecțios evoluează spre colectare, se intervine chirurgical sub anestezie generală intravenoasă sau, la nevoie, sub anestezie locală cu Xilină sau Procaină 1%. Cu bisturiul, folosind apoi și o foarfecă ascuțită, se face un orificiu larg circular sau în cruce prin care se excizează țesuturile necrozate și se extrage conținutul (miezul, burbionul) (fig. 50).

Nu este indicat să se facă compresii în jurul furunculului (să-l stoarcem) pentru a elimina miezul, deoarece există riscul să se spargă teaca foliculului polisebaceu și să însămânțăm microbii în derm, în țesutul celular subcutanat sau chiar la distanță (în vena oftalmică și apoi în sinusul cavernos).

Cu excepția meșării în prima zi a cavității furunculului cu o compresă îmbibată în apă oxigenată, nu se recomandă pansamente umede, deoarece acestea favorizează difuzarea (răspândirea) germenilor în țesuturile din jur.

Tratamentul general cu antibiotice va fi aplicat numai în caz de furunculoză la persoanele debilitate și în cazul furunculului apărut la față. Ca tratament general, sunt uneori utile vaccinări cu anatoxină stafilococică în doze crescânde, începând de la 0,01 ml și urcând zilnic câte o zecime de ml, până la 1 ml sau chiar la 1,10 ml subcutanat.

Se pot face și vaccinări cu vaccin polimicrobian Delbet. Se începe cu 0,5 ml, după 2 zile se face 1 ml, după alte 2 zile 2 ml. Se poate administra Polidin timp de 3-4 zile, câte 1-2 fiole. Se indică a se administra vitaminele C și B ca și drojdia de bere (5-6 mici cuburi pe zi).

Poate fi utilizat bacteriofagul și se poate face autohemoterapie, mai ales în forma în care nu era vorba de un simplu furuncul, ci de o adevărată generalizare, de o furunculoză.

Dacă apreciem necesară, folosim și antibioterapia. Cele mai indicate antibiotice sunt Penicilina sau Tetraciclina. Utile pot fi: Oxacilina, Ampicilina, Eritromicina sau antibioticul indicat de antibiogramă, când putem să obținem rapid.

Metoda cea mai bună de luptă contra furunculelor și a furunculozei este însă *profilaxia*. De aceea, este obligatoriu ca orice individ să păstreze cea mai perfectă curățenie a corpului, cu atât mai mult cei predispuși la furunculoză și, în general, la infecții chirurgicale, așa cum am arătat și mai înainte.

Efectuarea zilnică a unei băi cu apă (caldă) și săpun este cea mai eficace măsură pentru prevenirea furunculozei. Cei care lucrează în condiții septice sau în praf trebuie să facă duș după terminarea procesului de muncă, iar în timpul lucrului să se spele cât mai des pe mâini.

#### 4.3.4. Hidrosadenita

*Hidrosadenita este inflamația glandelor sudoripare.* Aspectul său clinic este foarte apropiat de cel al furunculului (aceeași formațiune localizată, cu caracterele inflamatoare specifice despre care s-a mai vorbit). Se observă însă că, deasupra

formațiunii inflamate, pielea nu este alterată și nu aderă la formațiunea inflamatorie, putându-se chiar mișca peste ea, datorită faptului că infecția se produce sub derm, acolo unde sunt *glandele sudoripare*. Bineînțeles, într-un stadiu mai avansat - când formațiunea inflamatorie tinde să se evacueze singură - este prinsă și pielea. Hidrosadenita se dezvoltă de obicei în axilă (fig. 51) și în regiunea perianală, acolo deci unde există

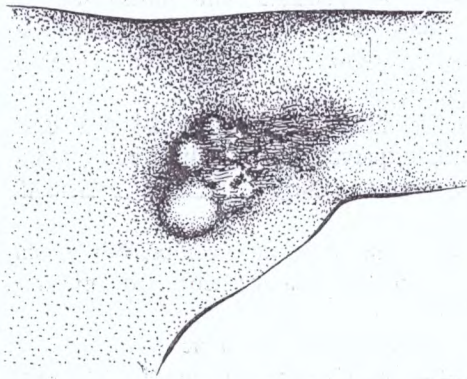


Fig. 51 - Hidrosadenită la nivelul axilei stângi.

glande sudoripare în număr mare. Nerespectarea unei igiene riguroase, mai ales de către cei ce lucrează în praf, iritațiile locale sau mici escoriații, pot determina apariția hidrosadenitei.

Prin incizarea formațiunii inflamatorii a hidrosadenitei nu se evacuează un burbion ci puroi gros-filant sau seros.

Tratamentul este același ca și pentru furuncul sau abces, adică: incizia asociată sau nu cu un tratament general (antibioterapie, vaccinoterapie etc.).

Hidrosadenita are mare tendință spre recidive.

### 4.3.5. Acneea

*Acneea* este o leziune inflamatorie a glandelor seboreice, apare de obicei la adolescenți, pe față și gât, având foarte numeroase puncte supurative. Este foarte dificil de tratat, dar se ameliorează cu comprese călduțe cu ceai de mușetel, acid boric, Eritroacnol-unguent. La sfârșitul adolescenței dispare.

### 4.3.6. Abcesul cald

#### 4.3.6.1. Etiologie

*Abcesul cald* este o infecție chirurgicală acută purulentă bine delimitată (fig. 52). Infecția ia naștere în general prin inocularea din afară înăuntru a unor germeni patogeni. Această inoculare se poate produce fie datorită unei plăgi superficiale (o simplă zgârietură), fie unei plăgi mici făcute prin scărpinare. Este mai ales urmarea unor accidente ca înțeparea într-un cui, într-o sârmă, într-o așchie de lemn etc. În general, e

vorba de pl: dezvoltă în p exprimă chie avusese cu c.

Evolu și abcese pe Nu rareori, a cu materiale

Fig. 52 - Abces

Unele sau limfatică (fiind de obicei existent unde

Germe (germeni car întâlnească în Eberth etc. D

#### 4.3.6.

În abc înconjoară toxinele lor - este gros, crer verzui-cenușit necaracteristic regiunea peria dreaptă după colibacili (mir

Abcese splină, în ficat unui abces es cantitatea și v mai scurtă și putând fi de 6 a organismulu cașexic, diabe

De mu de obicei, de de o mică cic:

vorba de plăgi mici, care se închid repede la suprafață, infecția continuând să se dezvolte în profunzime. Bolnavul care apare la chirurg la câteva zile de la accident își exprimă chiar adeseori mirarea "că infecția s-a făcut după ce mica rană pe care o avusese cu câteva zile înainte s-a închis".

Evoluție similară au și abcesele dentare care urmează cariilor dentare, precum și abcesele perianale care urmează fisurilor mucoasei anale sau unor hemoroizi infectați. Nu rareori, abcesele sunt urmarea introducerii de microbi în timpul unei injecții făcute cu materiale sau soluții nesterile.

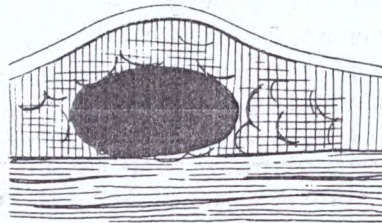


Fig. 52 - Abces cald, situat superficial (imediat sub piele).

Unele abcese pot să apară și prin răspândirea unor germeni pe cale hematogenă sau limfatică (abcesul pulmonar, cerebral, hepatic, renal, subfrenic, splenic, intraosos etc.), ele fiind de obicei consecința diseminării microbilor dintr-un abces, furuncul, flegmon etc., existent undeva în organism.

Germenii cel mai frecvent întâlniți în abcese sunt stafilococul și streptococul (germeni care se găsesc în mod obișnuit pe tegumente sau obiecte). Pot să se întâlnească însă oricare dintre germeni: pneumococul, colibacilul, genococul, bacilul Eberth etc. Deci, spre deosebire de furuncul, abcesul nu are un microb specific.

#### 4.3.6.2. Anatomie patologică

În abces se poate pune bine în evidență o membrană (cămașa abcesului), care înconjoară toată masa de puroi, și un conținut care este format din microbi - inclusiv toxinele lor - resturi de microbi, celule de apărare și resturi de țesuturi distruse. Puroiul este gros, cremos, cu aspect gălbui, brun (când este amestecat cu sânge transformat) sau verzui-cenușiu, în funcție de germenii patogeni ai infecției. Are un miros fad, necaracteristic. În cazul abceselor cu colibacili (abcese care se dezvoltă mai ales în regiunea perianală ca urmare a unei infecții ce provine din rect și anus, ori în fosa iliacă dreaptă după apendicită acută supurată), mirosul este caracteristic pentru infecția cu colibacili (miros de varză acră, alterată).

Abcesele se pot dezvolta oriunde: în țesutul celular subcutanat, în mușchi, în splină, în ficat, creier, plămâni etc., deci nu obligatoriu în derm, ca furunculul. Evoluția unui abces este, în general, destul de lungă, fiind în mare măsură determinată și de cantitatea și virulența germenilor inoculați; în cazul germenilor foarte virulenți ea este mai scurtă și mai rapidă, timpul scurs din momentul când abcesul a evoluat complet putând fi de 6-12 zile. Evoluția și gravitatea evoluției sunt în funcție de starea generală a organismului sau de existența unor boli asociate (epuizare fizică, distrofie la copii, cașexie, diabet, leucemie, lues, infecție HIV etc.).

De multe ori, poarta de intrare se pune în evidență cu mare greutate. Este vorba, de obicei, de un mic semn caracteristic înțepării într-un cui, într-o așchie de lemn sau de o mică cicatrice consecutivă unui astfel de accident.

#### 4.3.6.3. Simptomatologie

Semnele locale sunt cele tipice: înroșire, căldură, tumefiere, funcția lezată a organului respectiv. Pielea la nivelul abcesului devine cu timpul roșie, lividă și apoi violacee. La început abcesul prezintă o indurație mai mult sau mai puțin accentuată. Cu timpul el devine fluctuent. Cercetarea fluctuenței necesită o atenție și o experiență deosebite, mai ales pentru abcesele plasate profund, deoarece țesuturile normale de deasupra, împiedică obținerea unor relații suficiente. Nu rareori, și cei mai încercați clinicieni sunt obligați să facă o puncție pentru punerea în evidență a unui abces profund. *Este preferabil să se facă o puncție exploratorie atunci când nu există certitudinea absolută că este un abces, decât să se facă o incizie inutilă sau să se afirme că nu este un abces și intervenția operatorie de evacuare să întârzie.* Puncția se face cu un ac gros (după o anestezie locală), pentru că adeseori puroiul poate să fie foarte compact și atunci există riscul să nu extragem nimic, să considerăm că nu ar fi vorba de un abces și să întârziem astfel executarea unui act terapeutic în timp util.

Dintre semnele generale, trebuie menționate: temperatura ridicată (38-39,5° C), frisoane, stare generală alterată, limba saburală, agitație.

Este bine să se știe că, uneori, abcesele determinate de germeni mai puțin virulenți evoluează cu o temperatură mai puțin ridicată și chiar cu perioade în care temperatura nu depășește 37° C.

Examenul de laborator arată o leucocitoză de cele mai multe ori crescută: 9 000-15 000 globule albe/mm<sup>3</sup>, în care predomină polimorfonuclearele. Uneori, numărul de leucocite nu depășește cu mult limita normală. Viteza de sedimentare a hematiilor este, de obicei, puțin crescută.

Nu rareori se pot vedea trenee de limfangită. Aproape totdeauna se pune în evidență adenopatia satelită, chiar atunci când nu se văd trenee limfatice.

#### 4.3.6.4. Evoluție

După ce abcesul "a colectat" complet, pielea se subțiază și uneori abcesul se poate evacua spontan. Este indicat ca evoluția abcesului și evacuarea să nu fie lăsate la voia întâmplării și abcesul să se evacueze spontan, ci evacuarea să se facă la momentul potrivit, prin intervenție chirurgicală. În cazul abceselor situate în peretele sau cavitatea peritoneală, golirea se poate face în peritoneu, dând naștere unei peritonite (complicație foarte gravă), sau în alt organ (de obicei, intestin), situație rară de altfel, în care conținutul purulent se evacuează prin scaun, uneori chiar fără ca bolnavul sau vreun cadru de îngrijire să-și dea seama de aceasta. De regulă, abcesele nu se evacuează singure, spontan, ci se extind, dând naștere unui flegmon. Nu rareori germeni se împrăștie pe cale limfatică ori sanguină, provocând formarea de abcese în diverse organe, sau septicemii, în care caz evoluția poate duce foarte repede la moarte.

#### 4.3.6.5. Diagnosticul diferențial

În primul rând, abcesul trebuie deosebit de furuncul, ale cărui semne clinice au fost menționate. Apoi trebuie deosebit de abcesul rece, abces caracteristic infecției cu bacilii Koch. Abcesul rece se caracterizează printr-o evoluție îndelungată, *nu este deloc*

*sau aproape deloc sau adenopatie și leucocitoză (sau f sedimentare a hem de infecție bacilar:*

*O foarte m Anevrismul arteric Abcesul pe constata că tumoa abcesului (înroșirea*

#### 4.3.6.6. T

*Tratamentu mari, se face dren descris în capitolt*

*Tratamentu penicilină sau alte necesară decât de biologice precare.*

*Administru poate face (dar în infecțios a început în aceste cazuri d se pot administru (generalizare) a ii*

*În tratame și a anatoxinei st:*

#### 4.3.7. F

*Flegmonu difuză, rezultat a biene de o virule în cantitate mare*

*Ceea ce de abces este faptu aproape nici o Infecția difuzeaz intramusculare, și crozând tot ceea asemenea, spre starea generală a foarte mult și "te*



sau aproape deloc dureros, este consecutiv unei boli tuberculoase (de obicei osteoartrită sau adenopatie tuberculoasă). Bolnavul este subfebril sau afebril, nu prezintă leucocitoză (sau foarte ușoară leucocitoză cu limfocitoză crescută), are o viteză de sedimentare a hematiilor în general crescută, precum și o serie întreagă de alte semne de infecție bacilară asupra cărora nu insistăm aici.

O foarte mare eroare ar fi confundarea unui abces cald cu un anevrism arterial. Anevrismul arterial prezintă pulsații și semne auscultatorii caracteristice.

Abcesul poate fi confundat cu diferite tumori, dar dacă vom examina atent, vom constata că tumoarea nu prezintă cel puțin două din cele patru semne caracteristice ale abcesului (înroșirea și căldura). Unele tumori infectate pot prezenta însă toate cele patru semne.

#### 4.3.6.6. *Tratamentul*

Tratamentul constă în evacuarea abcesului prin incizie largă. În cazul abceselor mari, se face drenajul cavității cu tuburi de dren așezate în părțile declive, așa cum este descris în capitolul privitor la intervențiile chirurgicale elementare.

Tratamentul local poate fi completat cu un tratament general cu sulfamide, penicilină sau alte antibiotice. Administrarea acestora, după eliminarea abcesului, nu este necesară decât dacă bolnavul prezintă semne de toxemie sau în cazul unor condiții biologice precare, dar aceasta extrem de rar și numai când am acționat foarte precoce.

Administrarea antibioticelor înainte de colectare (momentul de debut al infecției) poate face (dar în cazuri rarissime) să nu mai aibă loc colectarea. Atunci când procesul infecțios a început să colecteze, antibioticele nu pot stopa acest proces. Administrarea în aceste cazuri de antibiotice este deci inutilă. La bolnavii cu mari deficiențe biologice se pot administra totuși antibiotice, cu intenția de a opri o eventuală diseminare (generalizare) a infecției (septicemiei).

În tratamentul abcesului este utilă, uneori, folosirea vaccinului polimicrobian ca și a anatoxinei stafilococice, în dozele și ritmul descrise în capitolul despre furuncul.

#### 4.3.7. *Flegmonul*

*Flegmonul este o inflamație difuză, rezultat al unei inoculări microbiene de o virulență foarte crescută și în cantitate mare (fig. 53).*

Ceea ce deosebește flegmonul de abces este faptul că infecția nu are aproape nici o tendință de limitare. Infecția difuzează în spațiile inter- și intramusculare, sub peritoneu etc., necrozând tot ceea ce întâlnește în jur. De asemenea, spre deosebire de abces, starea generală a bolnavului se alterează foarte repede, la gravitatea evoluției contribuind foarte mult și "terenul" pe care se dezvoltă: bolnavi cașectici, diabetici etc.

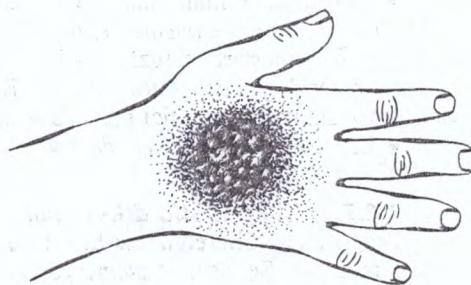


Fig. 53 - Flegmon situat pe fața dorsală a mâinii.

#### 4.3.7.1. Etiologie

Flegmonul este, de obicei, urmarea unei infecții intrate în organism prin plăgi (zdrobiri de țesuturi). Mai rar, dar posibil, el este urmarea unor inoculări de germeni prin plăgi mici (înțeparea chirurgului în timpul unei operații septice, înțeparea într-un cui infectat) sau prin injectarea de substanțe nesterile.

Germenii cei mai obișnuiți sunt streptococul și, foarte adesea, germenii anaerobi. De cele mai multe ori este vorba de asocierea de microbi: pe primul plan se găsesc germenii anaerobi, dar nu lipsesc nici streptococul, stafilococul, colibacilul etc.

#### 4.3.7.2. Anatomie patologică

Se disting patru perioade de evoluție a unui flegmon:

■ *Perioada I.* Infecția este difuză, dar nu există puroi. Dacă se face incizie, se observă că țesutul celular subcutanat este infiltrat, edemațiat și are o culoare gri sau gălbuie.

■ *Perioada a II-a.* Se pot pune în evidență, la incizie, mici zone din care se scurg câteva picături de puroi amestecate cu sânge.

■ *Perioada a III-a.* Se instalează o supurație masivă. Infecția disecă țesuturile, se întinde pe sub aponevroze, țesuturile se necrozează, se sfăcează și se elimină. În această fază pot să apară complicații locale (flebite, artrite, supurații) sau generale (pioemii, septicemii).

■ *Perioada a IV-a* este perioada de reparație, în cazul în care s-au luat măsurile terapeutice necesare. Infecția se localizează, puroiul și sfacelurile se evacuează prin intervenție chirurgicală, plaga se cicatrizează. Ulterior, pot să apară complicații caracteristice - nevrite, stări postflebitice - și sechele - cicatrice cheloide, retractile etc. Dacă nu se iau măsurile terapeutice necesare, în locul perioadei a IV-a cu evoluție favorabilă, poate să apară septicemia, cu intoxicația întregului organism și moarte.

#### 4.3.7.3. Simptomatologie

■ *Aspectul clinic* al flegmonului este mult mai sever decât al abcesului sau al furunculului.

În primul rând, impresionează starea generală. Bolnavul este un intoxicat grav. Temperatura este ridicată, putând depăși 41° C și are aspectul net de temperatură de supurație: oscilații mari seara față de dimineață. Bolnavul are frisoane. Nu rareori apar vomisme.

■ *Local*, pe primul plan stă durerea, extrem de vie. Ceva mai târziu apar încălzirea evidentă a tegumentelor, înroșirea și tumefierea. Palparea pune în evidență la început o împăstare difuză, apoi o zonă fluctuantă. Apare, de asemenea, o limfangită intensă și adenopatie satelită. Regiunea în care se dezvoltă flegmonul nu poate fi mișcată nici activ, nici pasiv, din cauza durerilor (*funtio laesa*).

■ *Leucocitoza este foarte crescută.*

#### 4.3.7.4. Diagnostic diferențial

Diagnosticul diferențial se face cu abcesul cald, atunci când flegmonul este de proporții mai mici. Se face, de asemenea, cu limfangita sau cu erizipelul. Formele simple de limfangită sau erizipel se pot deosebi ușor de flegmon, mai ales dacă se urmărește evoluția lor 2-3 zile, îndeosebi după cum răspund la tratament. Erizipelul dispare repede după tratamentul cu antibiotice. Formele complicate de erizipel (erizipelul flegmonos) reprezintă o formă de trecere între erizipel și flegmon și au același tratament și aceeași evoluție clinică, încât eroarea de diagnostic nu are mare importanță.

În ceea ce privește crepitații tipice, pe extremități extrem de marcate

#### 4.3.7.5. 7

Tratament (sfaceluri de țesut pe perioadă de pansament foarfecele, avându-

Tratament (administrat cât conținutul flegmonului debilitați sau în c. aponevrotice. În considerându-se că există riscul ca be-

Trebuie în orice caz să se evite un intoxicat fiziologic, la nevoie

#### 4.3.8. E

*Erizipelul de infecție preze-*

Aceste par-

■ *infecția toasă.* Germenele

■ *infecția* atenuată astăzi grație apariției în spitalele soldați cu nenumărate intraspitalicești ca menținută o perioadă în spitalului și mai a-

#### 4.3.8.1. 1

Erizipelul este cel mai mult o urmare chiar a u-

Microbii pe mulți streptococi pe instrumentele și măsurile necesare

Există, ca și în diabet, boli anergice reținut este faptul că erizipelul poate face

În ceea ce privește gangrena gazoasă, precizăm că aceasta se caracterizează prin crepitații tipice, printr-o stare generală mult mai alterată decât în flegmon și o tendință extrem de marcată spre extindere.

#### 4.3.7.5. *Tratamentul*

Tratamentul local constă în executarea unei incizii largi evacuatoare de puroi (sfaceluri de țesuturi), drenaj, eventual contraincizii, după care urmează o lungă perioadă de pansamente. Ori de câte ori există sfaceluri, acestea vor fi extirpate cu foarfecele, avându-se grijă să se facă o bună analgezie bolnavului și, la nevoie, chiar narcoză.

Tratamentul general este foarte important. El se bazează mai ales pe antibiotice (administrare cât mai precoce pe baza antibiogrammei). De obicei, după evacuarea conținutului flegmonului nu mai sunt necesare antibiotice decât la bolnavii foarte debilitați sau în cazul în care infecția ar putea să se extindă prin interstițiile musculoponevrotice. În nici un caz nu se va întârzia evacuarea conținutului flegmonului, considerându-se că acesta nu se va dezvolta grație administrării antibioticelor, deoarece există riscul ca bolnavul să facă o septicemie din care nu mai poate fi salvat.

Trebuie îmbunătățită starea generală a bolnavului, care este de cele mai multe ori un intoxicat grav. În consecință, se vor administra perfuzii cu ser glucozat, ser fiziologic, la nevoie plasmă și sânge. Se indică vitaminoterapie, mai ales cu vitamina C.

#### 4.3.8. *Erizipelul*

*Erizipelul este o infecție acută a pielii care are caracter cu totul deosebit față de infecțiile prezentate anterior.*

Aceste particularități sunt următoarele:

■ *infecția interesează dermul*, de aceea se mai numește și *dermină erizipelatoasă*. Germenele care produce boala este streptococul ;

■ *infecția este extrem de contagioasă*. Este vorba de o boală gravă, mult atenuată astăzi grație utilizării antibioticelor. În urmă cu câteva zeci de ani, erizipelul apărea în spitalele obișnuite sau în cele de campanie sub formă de epidemii, care se soldau cu nenumărate cazuri mortale. Azi, datorită măsurilor de evitare a infecțiilor intraspitalicești care se iau, apariția erizipelului în spitale este excepțională, dar trebuie menținută o permanentă atenție în această privință din partea întregii echipe a spitalului și mai ales din partea cadrelor medii.

##### 4.3.8.1. *Etiologie*

Erizipelul este rezultatul inoculării în piele (în derm) a streptococului, fiind de cele mai multe ori urmarea suprainfectării unei plăgi mai mari, neglijate, sau alteori urmarea chiar a unor mici zgârieturi.

Microbii provin de obicei de pe pielea bolnavului, care poartă pe suprafața ei mulți streptococi (cu atât mai mulți cu cât este mai murdară), dar poate proveni și de pe instrumentele sau compresele cu care se face un pansament, în cazul când nu s-au luat măsurile necesare de aseptie.

Există, ca în orice alt gen de infecție, factori predispozanți (stare de denutriție, diabet, boli anergizante, infecție HIV etc.) asupra cărora nu mai revenim. Demn de reținut este faptul că boala are tendință frecventă la recidive. Cel care a făcut un erizipel poate face boala din nou la foarte scurt interval după vindecare.

Odată apărută, infecția se întinde repede, cuprinzând zone mari. În cazuri rare, poate să cuprindă și țesutul celular subcutanat, dând flegmoane. Se va realiza deci o leziune combinată erizipel și flegmon.

Există cazuri de erizipel al mucoaselor mai ales al mucoasei nazale, al vulvei etc.

#### 4.3.8.2. Simptomatologie

La scurt interval după contaminare, infecția se manifestă clinic cu fenomene brutale, care se reliefează prin:

■ temperatura ce urcă brusc la 39-41° C; pulsul este slab, rapid;

■ în același timp, sau uneori după 1-2 zile, apar fenomenele locale: pielea din jurul plăgii sau a porții de intrarea infecției devine roșie, caldă, tumefiată, dureroasă.

Marginile erizipelului sunt *proeminente (înalte)*, fapt care îl deosebește de oricare altă infecție: abces, flegmon. Această diferență de nivel între pielea cu erizipel și pielea sănătoasă se poate vedea bine și se poate palpa, dând întregii zone infectate un aspect de *placard*.

De la nivelul placardului erizipelatos pornesc spre colectoarele limfatice trenee de limfangită, iar ganglionii regionali sunt măriți și dureroși. Fără tratament, după acest debut urmează o perioadă în care temperatura se menține ridicată, starea generală se alterează din ce în ce mai mult, bolnavul urinează rar, urinile sunt concentrate, placardul erizipelatos are tendință la extindere, starea toxică se accentuează și bolnavul poate muri în stare toxico-septică.

Dacă se administrează un tratament corect și la timp, înroșirea tegumentară scade în intensitate, dispare și celelalte forme de inflamație, starea generală se îmbunătățește, apar descuamații ale epidermului, urinile devin numeroase și în cantități mari.

#### 4.3.8.3. Tratamentul

Tratamentul cel mai eficace este tratamentul profilactic.

Când a apărut erizipelul trebuie să se facă tratament cu antibiotice. Penicilina este eficace. Obişnuit se va utiliza pentru adulți doze de 4 000 000 u. pe zi, iar în cazuri grave 8 000 000 u. sau mai mult, intramuscular sau în perfuzie intravenos.

Local este indicat să se facă badijonări repetate cu tinctură de iod. În cazul în care fenomenele generale sunt grave și bolnavul prezintă o stare de intoxicație accentuată, se va face un tratament intens de reechilibrare a organismului cu ser glucozat, ser fiziologic, precum și vitaminoterapie.

Ceea ce deosebește erizipelul de celelalte infecții descrise anterior, este faptul că el *nu necesită intervenții chirurgicale (incizii)*. Cu ajutorul tratamentului indicat, mai ales dacă este aplicat la timp, placardul erizipelatos se vindecă.

Numai în formele complicate, în care infecția a depășit dermul trecând în țesutul celular subcutanat și a dat un erizipel flegmonos este necesară incizia și evacuarea colecției purulente.

#### 4.3.9. Osteomielite acută

Este o infecție acută a oaselor cu evoluție dramatică, dacă nu se intervine terapeutic.

Incidența maximă a bolii este între 5-18 ani, se întâlnește mult mai rar după 20 de ani.

#### 4.3.9.

Agentul  
excepțional st.

În cap:  
vârsta, ca urm  
sau postopera  
hematogenă, c

Poarta  
flegmoane, sau  
afecta oasele.

#### 4.3.9.1

Osteon  
din localizării  
cubitusul. Mai

Sediul  
maximă prolifer

În faza  
colectându-se  
osului, cu nec  
el se întinde ș

În faza  
unor remanieri  
zone infectate c

#### 4.3.9.2

Debutu

■ Semi  
accelerat, facie

■ Semi  
mai ales dureri  
roșie, lucioasă  
impotență func

Examele  
polinuclearelor  
permițând stab

Examele  
15-20 de zile a  
conturul osului

#### 4.3.9.3

Evoluți  
localizări ale ii  
și fistule greu

#### 4.3.9.1. Etiologie

Agentul patogen în marea majoritate a cazurilor este stafilococul auriu și în mod excepțional stafilococul alb, streptococul, pneumococul sau asocierea de microbi.

În capitoul de față nu vom vorbi despre complicațiile ce pot surveni la orice vârstă, ca urmare a introducerii de microbi de la exterior, în cazul unor fracturi deschise sau postoperator și care pot produce osteomieliță, ci numai la cele transmise pe cale hematogenă, care survin la copii și adolescenți.

Poarta de intrare poate fi reprezentată de furunculoză, plăgi infectate, abcese și flegmoane, sau supurații pleuro-pulmonare, mastoidite etc., care pe cale hematogenă pot afecta oasele.

#### 4.3.9.2. Anatomie patologică

Osteomielița acută are sediul în oasele lungi, femurul și tibia constituind 70 % din localizările acestei boli; în ordine descrescândă urmează: humerusul, radiusul și cubitusul. Mai rar sunt atinse oasele scurte și plate.

Sediul de predilecție al contaminării osteomieliței acute corespunde locului de maximă proliferare osoasă - adică la nivelul metafizelor.

În faza acută procesul infecțios decolează periostul de os, în spațiul format colectându-se un puroi galben-verzui sau hemoragic, cu pierderea treptată a integrității osului, cu necroză osoasă și formare de sechestre. Dacă procesul septic nu este oprit, el se întinde și la părțile moi din jur.

În faza cronică, chiar în cazul evoluției favorabile, osul atins rămâne mult timp sediul unor remanieri importante și chiar dacă vindecarea pare definitivă, în interiorul osului există zone infectate care pot produce recăderi și fistule, la distanță de ani după aparenta vindecare.

#### 4.3.9.3. Simptomatologie

Debutul este de obicei brutal, în plină sănătate, cu febră de 39-40° C.

■ *Semnele generale* arată un proces infecțios cu febră oscilantă, tahicardie, puls accelerat, facies vultuos, agitație, iar ulterior prostrație, frisoane, grețuri și vărsături.

■ *Semnele locale* sunt dominate de durere vie, ce se exacerbează la mișcări și mai ales durere nocturnă. În scurt timp se produce o tumefiere a regiunii, pielea devine roșie, lucioasă, caldă, membrul se prezintă în semiflexie, culcat pe fața exterioară, impotență funcțională. Ulterior intervin complicații ale organelor din jur.

Examenul de laborator arată o leucocitoză în creștere, mai ales pe seama polinuclearelor neutrofile. V.S.H. crescută, hemocultura poate decela germeni cauzal, permițând stabilirea antibiogrammei.

Examenul radiologic inițial nu arată nici o modificare în structura osului; după 15-20 de zile apare decalcifierea și mult mai târziu prezența de sechestre - fragmente din conturul osului înconjurat de o zonă clară.

#### 4.3.9.4. Evoluție

Evoluția este extrem de gravă, putând duce de la început la septicemie și alte localizări ale infecției, sau la cronicizarea infecției, cu distrugerii mari osoase, sechestre și fistule greu de tratat.

#### 4.3.9.5. *Tratament*

Osteomieliita se tratează cu doze maxime de antibiotice, paralel cu susținerea funcțiilor vitale și a stării generale.

Tratamentul local constă în imobilizarea în aparat gipsat, imobilizând articulațiile supra- și subiacente focarului osteomielitic, incizii largi ale colecției, asigurând drenajul și pansamente aseptice

### 4.4. INFECȚIILE PIOGENE ALE DEGETELOR ȘI MÂINII

#### 4.4.1. Panarițiile degetelor

Prin panarițiu se înțelege o infecție acută a degetelor, care poate fi foarte simplă, interesând numai țesuturile superficiale ale unei falange, sau poate să se complice cuprinzând întreaga mână, să se extindă chiar la antebraț, dând leziuni importante care să determine invalidități grave și chiar stări septicemice, uneori mortale.

Se pot întâlni panariții și la picior dar, din pricină că funcționalitatea piciorului și, în consecință, și conformația anatomică sunt deosebite de cele ale mâinii, în special în ceea ce privește rolul și gradul de dezvoltare funcțională a degetelor, infecțiile acestui segment de corp rămân de cele mai multe ori cantonate în locul unde au apărut, nu se extind așa de repede la mare distanță și nu dau complicații așa de zgomotoase cum sunt cele ce apar la mână. În prezentarea ce urmează vor fi tratate numai panarițiile mâinii, urmând ca elementele precizate să fie interpretate (adaptate) și pentru infecțiile chirurgicale de acest tip ale piciorului.

##### 4.4.1.1. *Etiologia*

Mâna este un organ extrem de activ și, din acest motiv, extrem de complex. Pe o întindere relativ mică ea are un număr mare de oase (carpiene, metacarpene, falange), precum și mușchi, aponevroze, articulații și tendoane învelite în teci sinoviale. Tot acest angrenaj execută foarte multe mișcări. Panarițiile apar cel mai frecvent la adulți, deci în perioada cea mai activă de viață, reliefând în consecință rolul activ în muncă pe care îl au mâinile. Din același motiv, apar cel mai frecvent la mâna dreaptă, mâna cel mai mult solicitată. Panarițiile sunt produse de agenți patogeni obișnuiți: stafilococul (cel mai frecvent), streptococul, bacilul coli, microbii gangrenei gazoase etc.

Ele iau naștere, de obicei, prin plăgi mici ale degetelor: mici înțepături, tăieturi, răniri făcute prin manechiură etc., care, la prima vedere, nu par deloc periculoase și cu urmări grave, încât sunt neglijate de cei ce s-au accidentat.

La baza dezvoltării unor panariții grave stau atât nocivitatea (septicitatea) agentului patogen, cât și condițiile speciale favorizante, determinate de sistemul anatomic-funcțional al mâinii care permite o rapidă extensie și exacerbare a infecției.

Germeii patogeni, odată pătrunși într-un segment al mâinii, produc o inflamație a țesutului conjunctiv, o celulită, care continuă cu o supurație locală. De obicei, această supurație rămâne cantonată la piele și țesutul conjunctiv adipos, ori în segmentul osteoarticular și tendinos din apropierea locului pe unde s-a produs infectarea. De foarte multe ori, infecția se propagă de aici, prin contiguitate (din aproape în

aproape), sau pe cale limfatică. Uneori, pe cale infecția se poate propaga destul de frecvent evoluției panariții tendoanelor. Este propaga repede de la falange, de exemplu, germenilor patogeni dezvoltat inițial în teci. Deplasarea germeniilor de flexie și de extensie.

Dacă a apărut în rețeaua bogată cu teci sinoviale ale tendoanelor.

##### 4.4.1.2.

4.4.1.2.1. strict pielea (epiderma) și mici înțepături sau răniri. Are mai r



■ panarițiu  
s-a produs plaga  
■ panarițiu  
lichid seropurule

aproape), sau pe cale limfatică. Se știe modul în care se face răspândirea germenilor pe cale limfatică. Vom arăta acum cum are loc răspândirea prin continuitate. Pe această cale infecția se poate propaga de la derm și țesutul celulo-adipos la os. Este o modalitate destul de frecventă, care se produce rapid și care explică apariția osteitei în cursul evoluției panarițiului degetelor. Alteori, infecția pătrunde în tecile sinoviale ale tendoanelor. Este o eventualitate de asemenea nefavorabilă, deoarece infecția se va propaga repede de-a lungul tecilor sinoviale, ajungând în puține zile de la nivelul ultimei falange, de exemplu, până la nivelul articulației mâinii (pumnului). Prin transfer al germenilor patogeni și în alte teci sinoviale care comunică anatomic cu cea pe care s-a dezvoltat inițial infecția, procesul inflamator poate cuprinde suprafețe mari ale mâinii. Deplasarea germenilor este favorizată și de mișcările tendoanelor în cadrul mișcărilor de flexie și de extensie pe care le execută degetele mâinii.

Dacă a apărut inițial în palmă, infecția se dezvoltă foarte rapid, pătrunzând în rețeaua bogată conjunctivo-adipoasă de aici, de unde apoi se poate infiltra în tecile sinoviale ale tendoanelor și se poate deplasa în continuare către degete sau către antebrăț.

#### 4.4.1.2. Formele clinice ale panarițiilor

4.4.1.2.1. *Panarițiul cutanat* este tipul de panarițiu în care infecția interesează strict pielea (epidermul și dermul) și nu se dezvoltă, deci, în profunzime. El apare după mici înțepături sau plăgi produse prin tăierea incorectă a unghiilor și a pielii din jurul acestora.

Are mai multe forme (fig. 54).

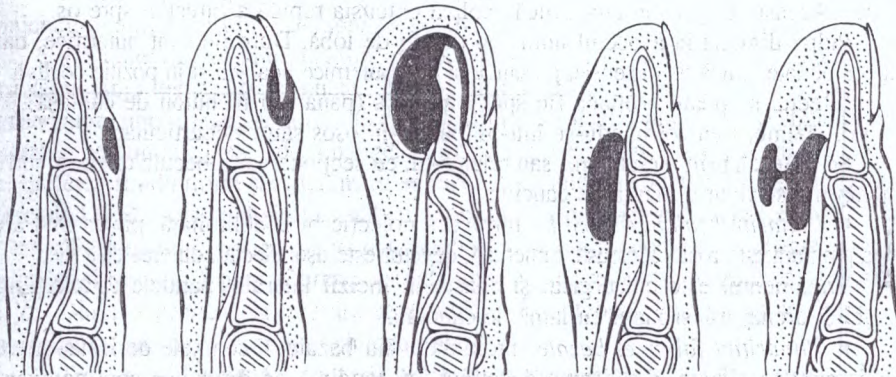


Fig. 54 - Forme variate de panariții.

■ *panarițiu cutanat eritematos* - o simplă înroșire a pielii din jurul locului unde s-a produs plaga și care este însoțită de căldură și durere locală;

■ *panarițiu cutanat flictenoid* - caracterizat prin apariția unei flictene care conține lichid seropurulent. Semnele tipice de infecție acută sunt mult mai evidente;

■ *panarițiul cutanat periunghial și subunghial* - infecția se extinde pe o parte din circumferința unghiei sau pe toată circumferința acesteia și sub unghie. Se manifestă prin fenomenele infecției locale acute, în care predomină simptomul durere. Violența durerii se datorează faptului că infecția se dezvoltă între două suprafețe inextensibile (unghia și patul osos al acesteia), ceea ce determină o excitare puternică a proprioceptorilor de la acest nivel;

■ *panarițiul cutanat antracoid* - are aspectul unui mic furuncul antracoid, prinzând de obicei mai multe glande pilosebacee. Se dezvoltă, bineînțeles, numai pe fața dorsală a mâinii unde există păr. Simptomatologia este similară cu cea a furunculului, cu care se confundă de altfel;

■ *panarițiul gangrenos* este produs de germeni anaerobi. Se constată flictene pline cu lichid sero-hemoragic, tegumentele sunt violacee-negre, sfacelate. Necesită incizii și debridări largi, spălături cu apă oxigenată, administrare de ser antigangrenos și antibiotice, corectarea stării generale și uneori amputație;

■ *panarițiul erizipeloid* este determinat de inocularea bacilului rujetului porcului și se întâlnește mai frecvent la cei care mănuiesc carnea de porc (măcelari, bucătari, gospodine etc.). Degetul este edemațiat, roșu, nu prezintă colecție. Tratamentul constă în badijonare cu tinctură de iod și radioterapie antiinflamatorie.

**4.4.1.2.2. Panarițiul subcutanat** este acela în care procesul infecțios cuprinde țesutul conjunctivo-grăsos de sub derm. El se poate dezvolta la nivelul falangei distale (pulpa degetului), la nivelul falangei medii și al falangei proximale (falanga bazală).

■ *Panarițiul pulpar* (falanga distală). Loja fibroadipoasă pulpară este puțin extensibilă, iar trabeculele conjunctive plecate de la tegumente se inseră pe periostul falangei. Această dispoziție anatomică explică extensia rapidă a infecției spre os.

Pulpa digitală ia aspectul unui cap de băț de tobă. Durerile sunt puternice, dată fiind posibilitatea mică de distensie, pulsațiile și mai puternice noaptea și în poziție declivă.

Infecția se poate propaga fie spre suprafață (panarițiu în buton de cămașă), fie spre profunzime, transformându-se într-un panarițiu osos sau osteoarticular.

Se tratează prin incizie uni- sau bilaterală, cu secționarea trabeculelor conjunctive și drenaj transfixiant cu lamă de cauciuc.

■ *Panarițiul falangei medii* - formează colecție bine delimitată, pielea mai ales pe fața palmară este roșie, lucioasă, tumefiată, degetul este ușor flectat, durerea este vie.

Tratamentul este chirurgical și constă în incizii laterale, paralele cu marginile falangei și drenaj transfixiant cu lamă de cauciuc.

■ *Panarițiul falangei bazale* (proximale sau bazale) - semnele de inflamație și colecție sunt localizate la rădăcina degetului, cu tendință de difuziune spre comisură. Netratat, se poate complica cu flegmon palmar.

Tratamentul constă în incizii laterale, prelungite spre comisurile palmară și dorsală.

**4.4.1.2.3 Panarițiile profunde.** Localizarea infecției se face la nivelul osului articulației sau la nivelul tecilor sinoviale. Ele pot fi produse prin inoculare directă sau prin propagare de la un panarițiu subcutanat, tratat incorect.

■ *Panar*  
marcată de sir  
distală.

Tratat ir  
mai târziu sech

Tratame  
cazul osteoporo

■ *Panar*  
articulației înve  
prinsă anunță ir

Radiolo  
spațiului articu

Tratame  
imobilizare în p

■ *Panar*  
directă la nivel  
ducând la seche

Caracter  
degetelor I și V

▼ *Panar*  
acumularea col

Semnele  
degetelor la niv

este îndoit, în s

Semnele  
conjunctiv paln

Tratame  
instalarea imp

conservator, im

laterală, pe an

deschiderea fur

cloramină, apă

▼ *Panar*  
policelui și reg

în jos. Durerea  
antebrațului, ia

Tratame  
inferioară a ante

▼ *Panar*  
se poate extin  
asemănător cu

Tratame  
interdigital, cu  
de sac.



■ *Panarițiul osos* este secundar, din care cauză mult timp interesarea osoasă este marcată de simptomatologia panarițiului subcutanat. Interesează mai mult falanga distală.

Tratat insuficient, supurația trenează, iar radiografia descoperă decalcifiere, iar mai târziu sechestre osoase.

Tratamentul constă în drenajul părților moi, fără a aborda leziunea osoasă în cazul osteoporozei și eliminarea sechestrului în cazul apariției acestora.

■ *Panarițiul osteo-articular* se datorează propagării infecției la nivelul articulației învecinate focarului primitiv. Limitarea mișcărilor (redoarea) din articulația prinsă anunță interesarea articulară.

Radiologic, apar semnele osteo-artritei - ștergerea imaginii osoase și modificarea spațiului articular.

Tratamentul constă în deschiderea colecției articulare (artrotomie), urmată de imobilizare în poziție de semiflexie, cu atelă gipsată. Este indicat tratamentul cu antibiotice.

■ *Panarițiul teno-sinovial*. Infecția se propagă secundar sau prin inoculare directă la nivelul tecilor sinoviale ale degetelor. Este cea mai gravă dintre localizări, ducând la sechele importante.

Caracterele diferite ale tecilor sinoviale ale degetelor II, III și IV, față de cele ale degetelor I și V creează particularități în funcție de localizare.

▼ *Panarițiile teno-sinoviale ale degetelor II, III și IV* se caracterizează prin acumularea colecției purulente la nivelul tecilor respective, mai ales în zona proximală.

Semnele locale constau în dureri foarte vii cu caracter pulsatil, cu tumefierea degetului la nivelul zonelor articulare și a fundului de sac proximal. Degetul respectiv este îndoit, în semiflexie din cauza relaxării antalgice a tecii tendonului.

Semnele generale sunt prezente. În evoluția sa procesul se extinde spre spațiul conjunctiv palmar profund sau spre os și articulație.

Tratamentul trebuie instituit precoce pentru a preveni necroza tendonului și instalarea impotenței funcționale. Într-o primă fază se poate încerca tratament conservator, imobilizare și antibiotice. În stadiul de colecție purulentă se indică incizia laterală, pe ambele fețe ale falangelor (incizii palmare și contraincizii dorsale) și deschiderea fundului de sac. Drenajul se face cu lamele de cauciuc. Spălături locale cu cloramină, apă oxigenată și eventual cu antibiotice. Imobilizare în semiflexie.

▼ *Panarițiul tecii sinoviale a degetului I* - prezintă fenomene localizate la nivelul policelui și regiunii tenare. Durerea este de tip pulsatil, se accentuează la lăsarea mâinii în jos. Durerea produsă la mișcare se extinde și la antebraț. Poate duce la flegmon al antebrațului, iar mai târziu la anchiloză a policelui.

Tratamentul constă în incizia tenariană medială, completată cu incizia în 1/3 inferioară a antebrațului.

▼ *Panarițiul teno-sinovial al degetului V* - prinde în procesul inflamator degetul V și se poate extinde la antebraț. Degetul se găsește în flexie, durerile au un caracter asemănător cu cel descris la tenosinovita degetului I.

Tratamentul constă în incizia palmară în regiunea hipotenară, în dreptul spațiului interdigital, cu o a doua incizie în 1/3 inferioară a antebrațului pentru abordarea fundului de sac.

## 4.4.2. Flegmoanele mâinii

Flegmoanele mâinii sunt infecții grave prin localizare și sechelele posibile, fapt pentru care necesită urmărirea și tratarea corectă.

După Isediu, palma este împărțită în 5 loji: loja palmară mijlocie superficială (pretendinoasă), loja palmară mijlocie profundă (retrotendinoasă), loja tenară, loja hipotenară și spațiile comisurale.

Flegmoanele cuprind diferite spații celulare, ele putând fi împărțite în superficiale (supraaponevrotice) și profunde.

### 4.4.2.1. Flegmoanele superficiale

Flegmoanele superficiale se împart în:

**4.4.2.1.1. Flegmonul eritematos** - formă ușoară, se prezintă ca o zonă de tumefacție a pielii, mai evidentă în jurul locului de inoculare. Semnele locale ale infecției sunt evidente.

Tratamentul trebuie instituit precoce: antibiotice și pansament local și imobilizarea mâinii în poziție funcțională.

**4.4.2.1.2. Flegmonul flictenoid** - apare pe fața palmară, având ca punct de plecare o bursă seroasă din jurul unei bătăături. La acest nivel se dezvoltă flictene, la început cu conținut serohematic, mai apoi purulent.

Tratamentul constă în deschiderea flictenei și evacuarea colecției. Antibioterapia este necesară, mai ales în cazurile de edem, pe fața dorsală a mâinii.

**4.4.2.1.3. Flegmonul antracoid** - se dezvoltă pe fața dorsală a mâinii, având ca punct de plecare un furuncul sau un carbuncul. Semnele clinice și tratamentul sunt identice cu cele ale carbunculului.

### 4.4.2.2. Flegmoanele profunde

Flegmoanele profunde corespund ca localizare celor cinci spații celulare ale mâinii.

**4.4.2.2.1. Flegmonul spațiului median superficial (pretendinos)**. Semnele inflamatorii locale se extind la nivelul palmei urcând pe antebraț. Durerea pronunțată este asociată cu impotență funcțională și edem. Tratamentul este chirurgical (vezi 4.4.2.2.2).

**4.4.2.2.2. Flegmonul spațiului median profund (retrotendinos)** urmează unei tenosinovite digitale. Evoluția este gravă, cuprinde și fața dorsală a mâinii. Mișcările active sunt dureroase, cu impotență funcțională a falangelor degetelor II, III și IV.

Tratamentul este chirurgical și constă în incizia palmară cu contraincizie dorsală, drenaj, imobilizare în poziție fiziologică (semiflexie) și antibioterapie.

**4.4.2.2.3. Flegmonul spațiului tenarian** - loja tenariană este tumefiată până la plica de opoziție a policelui. Poate difuza dorsal și spre spațiul interosos. Policele este în abducție.

Tratam  
imobilizare în

4.4.2.2  
inoculare, car  
Tratam

4.4.2.2  
Este de fapt o  
care flancheaz  
Tratam  
comisurii cuta

4.4.2.2  
dorsală a mâi  
median profun  
constă în inci

4.5. 1

4.5.1

Septice  
focare septice  
sanguin de ge  
gravă, toxică,

4.5.1.

Septice  
determinată, c  
flegmoane ma  
unor infecții f

4.5.1..

Bolnav  
adinamie, fri  
semiconștienț  
față de dimi

Leucoc  
plin frison est

Semne  
durerea etc.) p  
fesier, abces :

Tratamentul constă în incizie, paralelă și laterală cu plica de opoziție a policelui, imobilizare în poziție fiziologică, antibioterapie.

**4.4.2.2.4. Flegmonul spațiului hipotenarian** - apare și se dezvoltă rapid, după inoculare, caracterizându-se prin tumefierea marginii cubitale a feței palmare.

Tratamentul constă în incizie, drenaj, antibioterapie și imobilizare.

**4.4.2.2.5. Flegmonul comisural** - se dezvoltă în una din cele trei loji interdigitale. Este de fapt o complicație a unor panariții teno-sinoviale. Comisura bombează, degetele care flanchează comisura respectivă se îndepărtează în formă de V.

Tratamentul constă în incizii duble palmare și dorsale în formă de "Y", înapoia comisurii cutanate, drenaj, antibioterapie, imobilizare.

**4.4.2.2.6. Flegmonul dorsal** - edemul constituie semnul major, cuprinzând fața dorsală a mâinii. Se poate confunda cu edemul dorsal, cauzat de flegmonul spațiului median profund (retrotendinos). Bolnavul prezintă dureri la flexia degetelor. Tratamentul constă în incizia longitudinală, drenaj, pansament și antibioterapie.

## **4.5. INFECȚIILE SISTEMICE**

### **4.5.1. Septicemia**

*Septicemia este o infecție acută generalizată în care, dintr-unul sau mai multe focare septice localizate existente în organism, se fac descărcări repetate în torentul sanguin de germeni patogeni și toxine microbiene. Ea se manifestă clinic printr-o stare gravă, toxică, a întregului organism.*

#### **4.5.1.1. Etiologie**

Septicemia poate fi produsă atât cu germenii aerobi, cât și cu cei anaerobi. Este determinată, de obicei, de pătrunderea în torentul sanguin a germenilor din abcese sau flegmoane mari și profunde netratate la timp, dar de foarte multe ori poate fi urmarea unor infecții foarte limitate: dentare, amigdaliene, otice, renale, apendiculare etc.

#### **4.5.1.2. Simptomatologie**

Bolnavul cu septicemie prezintă stare generală alterată, cu aspect toxic, adinamie, frison, grețuri, vărsături, cefalee, tahicardie, dispnee, adeseori stare de semiconștiență. Temperatura are mari oscilații, fiind în general mult mai ridicată seara, față de dimineața. Bolnavul este oliguric, tegumentele și mucoasele sunt uscate.

Leucocitoza este crescută, în urină apare albumină. Hemocultura recoltată în plin frison este de multe ori pozitivă, dar nu constant.

Semnele locale specifice infecției chirurgicale acute (prezența tumorii inflamatorii, durerea etc.) pot să permită uneori depistarea sursei generatoare de septicemie: flegmon fesier, abces apendicular, plagă infectată etc.; alteori focarul infecțios este foarte greu